

E
UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 2

LE
DÉBUT AIGU
DANS LA
TUBERCULOSE ARTICULAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Novembre 1927

PAR

PANERO (Louis)

Né à Ajaccio (Corse), le 1^{er} janvier 1903

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

MASSABUAU, Professeur, *Président*.

RICHE, Professeur.

LAPEYRE, Agrégé.

LAMARQUE, Agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

Société anonyme à capital et personnel variables

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

—
1927

LE DÉBUT AIGU
DANS LA
TUBERCULOSE ARTICULAIRE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 2

LE
DÉBUT AIGU
DANS LA
TUBERCULOSE ARTICULAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Novembre 1927

PAR

PANERO (Louis)

Né à Ajaccio (Corse), le 1^{er} janvier 1903

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

MASSABUAU, Professeur, *Président*.
RICHE, Professeur.
LAPEYRE, Agrégé.
LAMARQUE, Agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

Société anonyme à capital et personnel variables

14. Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

—
1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie.....	MM. J. DELMAS.
Histologie.....	VIALLETON.
Physiologie.....	E. HEDON.
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN.
Physique médicale.....	PECH.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	N.
Anatomie pathologique.....	GRYNFELTT.
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Pathologie médicale et clinique propédeutique.....	RIMBAUD.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRE.
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Médecine légale et médecine sociale.....	GAUSSEL.
Clinique médicale.....	DUCAMP.
Clinique chirurgicale.....	VEDEL.
Clinique obstétricale.....	FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	ESTOR.
Clinique ophtalmologique.....	P. DELMAS.
Clinique des mal. des enfants et hygiène du 1 ^{er} âge	EUZIERE, <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	VILLARD.
Clinique gynécologique.....	LEENHARDT.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MASSABAU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	DE ROUVILLÉ.
Pharmacologie (Ch. de c.).....	MOURET.
Matière médicale (Ch. de c.).....	JEANBRAU.
Clinique propédeutique de chirurgie (Ch. de c.)...	GALAVIELLE.
	CABANNES.
	RICHE.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. RODET, BAUMEL, TEDENAT, MAIRET, GRANEL VALLOIS.

Secrétaire honoraire : M. IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie.....	MM. N.
Clinique propédeutique de chirurgie.....	RICHE, <i>prof.</i>
Histologie.....	TURCHINI.
Physiologie.....	L. HEDON.
Chimie appliquée à la clinique.....	D ^r CRISTOL.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN.
Pathologie externe.....	ETIENNE.
Pathologie chirurgicale et expérimentale.....	LAPEYRE.
Accouchements.....	COLL DE CARRERA.
Pathologie médicale.....	GIRAUD.
Pharmacologie.....	GALAVIELLE, <i>prof.</i>
Matière médicale.....	CABANNES, <i>prof.</i>
Hydrologie et climatologie.....	GIRAUD.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées...	MARGAROT.
Clinique des maladies des vieillards.....	BOUDET.
Stomatologie.....	D ^r WATON.

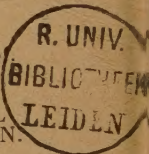
Agrégés en exercice

	MM. MARGAROT.	Anatomie.....	N.
	GIRAUD.	Chimie.....	N.
Médecine.....	BOUDET.	Histologie.....	TURCHINI.
	CARRIEU.	Physique.....	LAMARQUE.
Chirurgie.....	MM. ETIENNE.	Physiologie.....	L. HEDON.
Ophtalmologie.....	LAPEYRE.	Obstétrique.....	COLL DE CARRERA.
	N.		

Examinateurs de la thèse :

MM. MASSABAU, <i>prof., président.</i>	MM. LAPEYRE, <i>agré.</i>
RICHE, <i>professeur.</i>	LAMARQUE, <i>agré.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

*Elle fut si douce, si bonne pour moi ;
son image affectueuse guida mes heures
de travail.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Je dédie cette thèse avec l'hommage
ému de ma tendresse filiale et de ma
gratitude affectueuse et éternelle.*

A MES SOEURS

*Affectueux témoignage de reconnais-
sance et d'amour fraternel.*

A MON GRAND-PÈRE

Hommage affectueux.

A MES PARENTS — A MES AMIS

L. PANERO.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
ET D'ORTHOPÉDIE

*Nous le remercions vivement d'avoir
bien voulu nous faire l'honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.
Qu'il veuille bien agréer aussi l'expres-
sion de notre reconnaissance pour tout
l'intérêt qu'il nous a porté au cours de
nos études.*

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. PANERO.

AVANT-PROPOS

Une thèse n'est pas seulement un opusculé relatant des faits cliniques rares ou inédits, des résultats d'expériences scientifiques d'une importance indéniable, des traitements nouveaux d'un intérêt pratique plus ou moins considérable, c'est aussi un adieu à la Faculté et aux maîtres qui nous ont accueilli et instruit, c'est un adieu aussi à la vie d'étudiant insouciant et heureuse !

La thèse est aussi le couronnement d'un labeur soutenu pendant de longues et belles années universitaires, et aujourd'hui nous nous réjouissons d'avoir l'honneur de la présenter, car elle nous permettra de rendre hommage aux maîtres qui nous enseignèrent l'art médical et de leur témoigner toute notre reconnaissance.

C'est ainsi que nous gardons le meilleur souvenir de ces belles matinées d'enseignement propédeutique dans le service de M. le professeur Rimbaud.

Nous ne saurions oublier la sollicitude avec laquelle MM. les professeurs Vedel et Ducamp nous ont toujours accueilli dans leur service de clinique médicale, et l'intérêt qu'ils ont porté à l'étudiant désireux d'apprendre. Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de toute notre reconnaissance.

Nous adressons nos plus vifs remerciements à M. le professeur agrégé Lapeyre ; il nous initia à la gynécologie et nous conservons un souvenir inoubliable des belles leçons cliniques hebdomadaires, si familières, si méthodiques, si pratiques qu'il faisait au lit du malade.

Nous nous félicitons d'avoir eu la bonne fortune de suivre les consultations chirurgicales faites par M. le professeur Riche à l'Hôpital Général.

La fréquentation assidue de ces consultations, qui sont en quelque sorte le seuil de la pratique journalière, nous valut l'occasion d'apprécier la valeur et la bienveillance du maître qui les dirige.

Elle nous valut aussi l'honneur de bénéficier de son enseignement pratique basé sur l'esprit d'observation et la logique de l'interrogatoire.

Notre external dans le service de clinique ophtalmologique nous vaut l'honneur d'adresser à M. le professeur Truc l'expression de notre reconnaissance.

Nous sommes particulièrement heureux de témoigner à M. le professeur Villard toute notre sympathie et notre gratitude. Il nous a appris à connaître et à aimer cette branche si délicate et précise de la médecine : l'ophtalmologie.

Nous remercions aussi sincèrement M. le professeur agrégé Lamarque, qui nous a toujours accueilli avec une bienveillance particulière.

Il nous est enfin très agréable de rendre hommage au grand maître qui fit notre éducation chirurgicale, M. le professeur Forgue. Notre vénération est grande, et nous sommes heureux et fier de saluer en lui un grand maître de la chirurgie contemporaine. Il nous a toujours témoigné, au cours de notre stage dans son service de clinique

chirurgicale, une sympathique attention qui nous a touché vivement. Nous évoquerons souvent le souvenir agréable de ses belles leçons cliniques, admirables de clarté et de précision, remarquablement illustrées par de nombreux cas pathologiques, au cours desquelles notre maître savait joindre aux qualités didactiques du clinicien savant, les qualités de cœur de l'homme toujours aimable envers ses élèves comme envers ses malades.

Notre éducation chirurgicale se poursuit dans le service de clinique infantile de M. le professeur Massabuau. En changeant de service nous ne changions guère d'école.

Ce maître, d'une érudition clinique et opératoire incomparable, nous a appris ce qu'est l'ordre dans les idées, la méthode dans un interrogatoire, comment on synthétise des éléments disparates pour consolider un diagnostic.

Nous eûmes l'honneur d'assister à un grand nombre de ses leçons cliniques hebdomadaires où il exposait avec tant d'élégance les grosses questions de pathologie osseuse, à la lumière de toutes les idées nouvelles. Son enseignement clinique et opératoire si documenté, si précis, fut pour nous un des plus instructifs.

Nous lui devons le sujet de cette thèse dont il a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence; qu'il veuille bien nous permettre de lui exprimer ici toute notre gratitude et notre reconnaissance.

Nous remercions vivement aussi tous les maîtres des hôpitaux qui nous ont toujours accueilli et instruit avec bienveillance.

Nous remercions très cordialement M. le docteur Guibal qui a bien voulu nous donner des conseils si utiles à la rédaction de cette thèse.

En disant adieu à nos maîtres, à la Faculté, nous quillons aussi une existence faite de tranquillité et d'insouciance, pour entrer dans une nouvelle vie toute pleine au contraire de soucis, - de travail, de responsabilité. Comme à ce moment-là on se sent faible loin de la tutelle vigilante et bienveillante des maîtres qui ont dirigé nos premiers pas et nous ont élevé jusqu'au grade de docteur en médecine !

Mais il reste en nous le précieux faisceau de connaissances, de conseils pratiques et éclairés, de qualités morales et intellectuelles qu'ils ont bien voulu nous léguer, il reste l'empreinte de leur excellente éducation médicale, le bel exemple de leurs qualités déontologiques.

Aussi, cette idée nous rend-elle toute notre confiance, toute notre assurance, au moment d'entrer dans la carrière de notre choix.

LE DÉBUT AIGU

DANS LA

TUBERCULOSE ARTICULAIRE

INTRODUCTION

En nous soumettant un sujet de thèse si plein d'intérêt, M. le professeur Massabuau nous fit certainement une faveur dont une fois de plus nous tenons à le remercier vivement.

Le terrain de la tuberculose articulaire est certes exploré depuis déjà bien longtemps. C'est une question relativement vieille comme nous le montrerons d'ailleurs dans l'historique qui va suivre, mais elle n'en comporte pas moins certains aspects qui sont restés encore assez obscurs. C'est un de ces aspects que nous nous proposons d'étudier dans notre thèse et qui constitue le fond même de notre modeste travail.

Une maladie comme la tuberculose, quand elle se localise au niveau d'une articulation, peut parfaitement revêtir une allure aiguë au lieu d'une allure chronique.

Les fluxions articulaires se retrouvent bien dans toutes les maladies infectieuses ; et la tuberculose n'est-elle pas du nombre ?

Certes, dans la clinique journalière, la forme chro-

nique nous est plus familière ; c'est elle que nous observons habituellement ; la forme aiguë cependant, pour si rare qu'elle puisse paraître, nous offre un champ d'étude suffisant pour permettre des conclusions pratiques intéressantes. Mais que la tuberculose articulaire éclate d'une façon brutale, avec température élevée et douleurs vives, constituant ainsi la forme aiguë ; ou bien d'une façon lente, progressive, insidieuse, constituant alors la forme subaiguë ou chronique selon les cas, l'une et l'autre de ces deux formes aboutissent presque toujours à la formation d'une tumeur blanche typique.

La phase de début à caractère aigu, seule intéressante pour nous, retiendra donc exclusivement notre attention. Nous n'avons guère la prétention d'apporter une étude toute neuve sur cette question puisqu'aussi bien une partie de notre sujet a déjà fait l'objet d'un travail effectué dans le service de M. le professeur Broca et ayant pour titre : « Contribution à l'étude des coxalgies aiguës. »

La hanche est certes une de ces grandes jointures de l'économie où le bacille tuberculeux se localise avec élection en provoquant les manifestations douloureuses et les lésions bien connues désignées sous un nom qui a subi les vicissitudes du temps et de la mode : coxo-tuberculose ou coxalgie.

Au niveau de cette articulation précisément la forme à début aigu n'est pas rare et la littérature chirurgicale infantile est assez riche en observations de ce genre.

Aussi avons-nous, d'emblée, éliminé l'étude de cette forme au niveau de la hanche, déjà bien connue et bien étudiée.

Beaucoup plus rare est la forme aiguë au niveau des autres jointures, et précisément au cours de nos recher-

ches bibliographiques il nous a été impossible de relever des cas les concernant d'arthrite tuberculeuse à début aigu.

Aussi nous est-il permis de signaler tout l'intérêt et l'originalité que présentent les deux observations que nous avons la bonne fortune de pouvoir rapporter.

Elles nous vaudront l'occasion de mettre en lumière quelques notions importantes sur cet épisode aigu de l'affection en cause et de tirer quelques conclusions pratiques très utiles.

Notre travail est divisé en cinq chapitres :

Chapitre I : Historique.

Chapitre II : Exposé des observations avec commentaire respectif.

Chapitre III : Etude clinique.

Chapitre IV : Diagnostic.

Chapitre V : Traitement.

Nous terminerons enfin par nos conclusions.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Faire l'historique de la tuberculose articulaire à début aigu c'est retracer les différentes étapes par où se sont acheminées les diverses conceptions relatives aux arthrites tuberculeuses banales.

Or, nous ne saurions nous engager dans une pareille étude qui serait tout simplement une reproduction infidèle de l'historique si nettement exposé dans les traités classiques de chirurgie.

Mais, pour situer la question, un mot d'histoire est cependant utile et nous nous limiterons bien entendu au sujet de notre thèse.

La tuberculose articulaire à début aigu est connue depuis déjà bien longtemps.

Dire à quelle époque précise remonte la première description de ces formes de tuberculose serait assez difficile étant donné l'obscurité qui a régné longtemps sur la question.

La difficulté est d'autant plus grande que nombre de cas étiquetés arthrites tuberculeuses à début aigu

relèvent d'une erreur de diagnostic, de même qu'inversement un grand nombre de cas d'arthrites bacillaires aiguës sont restés ignorés et ont été pris pour des manifestations articulaires infectieuses aiguës de nature rhumatismale ou autre.

C'est ainsi qu'on peut lire dans le Traité de chirurgie de Duplay et Reclus : « Nous savons aujourd'hui que toutes ces prétendues coxalgies suraiguës causant la mort en 4 ou 5 jours avec des phénomènes typhoïdes n'ont de coxalgie que le nom » ; de là à affirmer l'inexistence des formes à début aigu, il n'y a qu'un pas, aussi cette affirmation paraît-elle un peu exagérée, car aujourd'hui nous savons parfaitement, grâce aux examens de laboratoire précoces et à leurs évolutions, que ces formes sont moins rares que le prétendent les classiques.

Quoi qu'il en soit, la forme aiguë a sans doute été observée depuis longtemps, mais pendant longtemps aussi elle n'a fait l'objet d'aucune description spéciale et il faut arriver en 1863 avec la thèse de concours de L. Labbé sur la coxalgie pour trouver une étude parfaite de forme aiguë relative à cette affection.

Depuis, les publications de Lannelongue, de König, les traités classiques en font mention d'une façon sommaire.

Guillemain et Mauclair en 1893, dans leurs thèses, font allusion à ces arthrites tuberculeuses aiguës sans s'étendre beaucoup sur leur étude.

Au commencement de ce siècle, le professeur Broca a publié quelques cas de coxalgie à début aigu et qui ont fait l'objet en 1919 d'une thèse dont nous avons parlé déjà dans l'introduction.

En définitive on voit que, si la question des tumeurs blanches est très vieille puisqu'elle remonte à Hippocrate et à Galien, ces formes d'arthrites aiguës sont au contraire de connaissance relativement récente. On voit aussi combien, à côté de la coxalgie à début aigu forme connue et bien étudiée, offre d'intérêt la même évolution, exceptionnelle, des autres ostéo-arthrites tuberculeuses. C'est à leur étude que nous apportons notre modeste contribution.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

On trouvera dans ce chapitre deux observations originales et personnelles d'arthrites tuberculeuses à début aigu. La première intéresse l'articulation du genou, la deuxième l'articulation de l'épaule.

Nous aurions pu ajouter à ces deux observations typiques plusieurs cas de coxalgies aiguës ; mais ces formes ont déjà été étudiées, il serait oiseux d'y revenir.

OBSERVATION I

Georgette M..., âgée de 6 ans, entre le 24 novembre 1926 dans le service de chirurgie infantile pour une tuméfaction douloureuse du genou gauche.

Il y a 15 jours environ, l'enfant, qui n'avait rien présenté d'anormal au niveau du genou gauche, fait une chute. Elle peut ensuite marcher, en boitant et en se plaignant de douleurs dans le genou gauche. Ces symp-

tômes augmentent d'intensité jusqu'au quatrième jour après la chute, date à laquelle l'enfant présente une fièvre qui s'élève jusqu'à 39°, et de vives douleurs dans l'articulation atteinte, qui est le siège d'une tuméfaction considérable. Depuis elle garde le lit. La fièvre est tombée au bout de quelques jours (elle présentait cependant 38°7 le jour de son entrée à l'hôpital), les douleurs spontanées ont de même cessé.

Dans les antécédents morbides personnels nous avons noté une fièvre typhoïde dans le courant de l'été 1926 qui n'avait d'ailleurs entraîné aucune complication.

Rien de particulier à signaler dans les antécédents morbides héréditaires.

A l'examen, la jambe est en flexion et rotation externe; la région du genou est tuméfiée ; les méplats sont effacés.

La palpation décèle une hyperthermie manifeste du genou malade. L'empatement de l'articulation est considérable, il ne semble pas qu'il y ait d'épanchement.

La pression réveille une douleur difficile à localiser, mais qui paraît cependant avoir son maximum d'acuité au niveau de l'épiphyse fémorale.

Les extrémités inférieure du fémur et supérieure du tibia paraissent augmentées de volume.

Les mouvements actifs sont très limités ; les mouvements passifs sont de faible amplitude et déterminent une vive réaction dès qu'on les exagère. La fièvre persiste pendant longtemps aux environs de 38° le matin, 39° le soir.

4 décembre. — L'extension continue remet le membre en rectitude. La tuméfaction a notablement diminué ; la douleur à la pression persiste.

22 janvier 1927. — Il n'y a pas d'attitude vicieuse du membre. Le genou gauche reste globuleux. Le choc rotulien est très net. L'articulation est douloureuse ainsi que l'extrémité supérieure du tibia.

29 janvier. — Devant ce tableau clinique et cette évolution, on pense à une arthrite tuberculeuse du genou ; mais ce diagnostic reste hésitant à cause des signes bruyants du début, et avec la notion d'une fièvre typhoïde, précédant l'affection du genou de quelques mois, on envisage le diagnostic d'ostéite du fémur d'origine typhique. Une hémoculture faite à cette époque reste négative.

La nature gonococcique de cette ostéo-arthrite paraissant improbable, un examen bactériologique des sécrétions vaginales est néanmoins effectué : la réponse reste naturellement négative.

C'est donc le premier diagnostic d'arthrite bacillaire à début aigu qui reste le plus vraisemblable, et le 29 janvier un appareil plâtré est appliqué immobilisant le membre inférieur gauche.

En mars, le genou gauche augmente de volume. Une ponction de l'articulation est tentée et reste infructueuse.

14 avril. — Pointes de feu superficielles.

28 mai. — Apparaît à la face externe du genou gauche un abcès. Une deuxième ponction est pratiquée et permet de retirer une dizaine de centimètres cubes de pus.

Dès lors, un examen bactériologique de ce pus est effectué le 1^{er} juillet 1927, en même temps qu'une inoculation au cobaye.

Le laboratoire confirma le diagnostic clinique : à l'examen direct, absence de germes ; mais, après homogénéisation, présence de bacilles de Koch.

L'inoculation au cobaye est de même positive.

La radiographie montre des lésions bacillaires typiques. Décalcification prononcée des deux épiphyses articulaires et lésions de destruction osseuse.

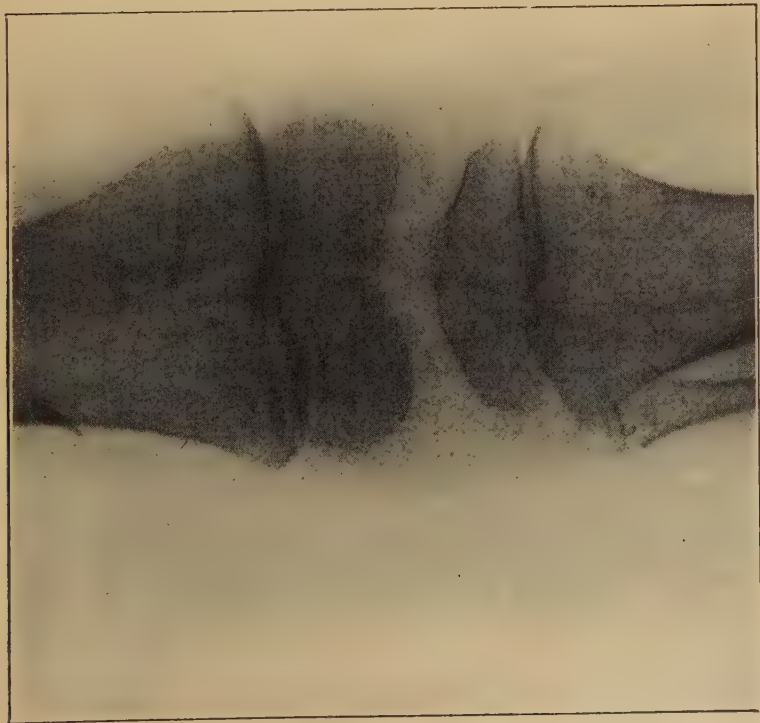
Ultérieurement, la température s'abaisse, plusieurs abcès froids se forment autour du genou ; deux, malgré les ponctions faites avec les précautions d'usage, se fistulisent.

Cette observation est typique et a une valeur instructive considérable à un double point de vue :

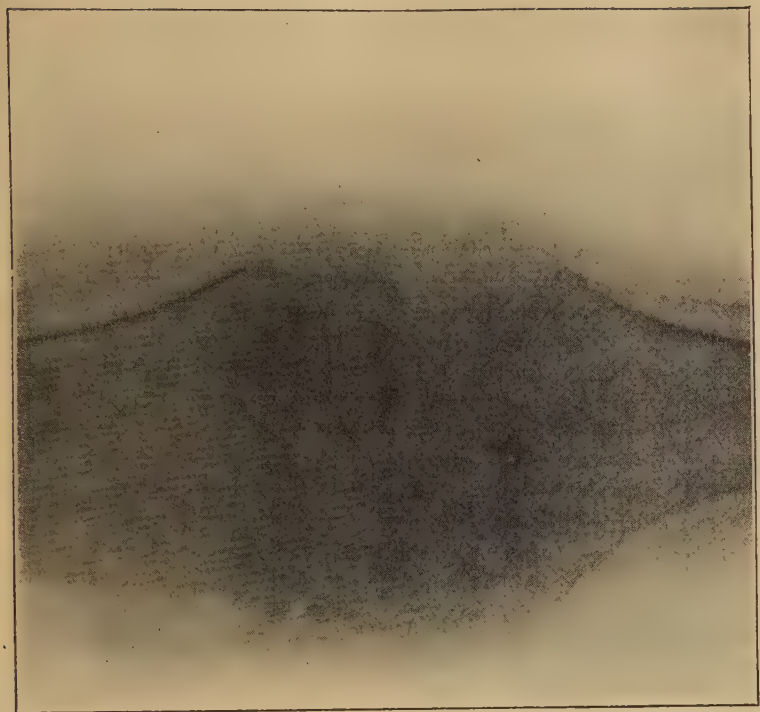
Au point de vue diagnostique, elle montre jusqu'à quel point quelquefois la clinique seule est impuissante à débrouiller les affections osseuses et à porter un diagnostic ferme. Comment, en effet, ne pas se laisser influencer par ce cortège de signes bruyants du début : tuméfaction très douloureuse, hyperthermie locale, hyperthermie générale jusqu'à 39°, mauvais état général, immobilité précoce de l'articulation malade, notion d'une affection aiguë antérieure (fièvre typhoïde), absence d'antécédents bacillaires. Avec toutes ces données symptomatologiques à caractère nettement aigu, comment éviter le diagnostic qui pourtant de prime abord s'impose d'affection inflammatoire aiguë ? (ostéite typhique avec réaction articulaire, arthrite aiguë, arthrite gonococcique, ostéomyélite, etc.).

Naturellement l'argument de fréquence en clinique conserve toujours sa valeur, et devant une arthrite du genou chez une fillette on ne peut s'empêcher de penser à la tuberculose, surtout si l'on a éliminé la syphilis ou la gonococcie.

Mais la tuberculose articulaire avec une allure aussi brutale est loin d'être commune, c'est pourquoi on



Georgette M... — Genou sain.



Arthrite bacillaire du genou gauche.
Décalcification des deux épiphyses et lésions de destruction osseuse.

s'explique la prudente hésitation du début concernant le diagnostic de cette affection.

Au point de vue pronostique et thérapeutique, cette observation n'est pas moins intéressante. Le tableau clinique mouvementé du début aurait peut-être dicté une ligne de conduite trop hâtivement opérante et fatalement néfaste si la prudence et la sagesse clinique n'avaient pas conseillé plutôt une expectative armée.

OBSERVATION II

Arthrites bacillaires de l'épaule et du coude droit
Envoyé pour ostéomyélite de l'humérus droit

S... Eblé, âgé de 5 ans, entre le 2 janvier 1923 dans le service de clinique chirurgicale infantile. Début, il y a un mois environ, par une gêne dans les mouvements de l'épaule, puis par une douleur vive avec phénomènes inflammatoires au niveau du 1/3 supérieur du bras. Température 39° pendant une quinzaine de jours. La mère soigne l'enfant par des frictions et des enveloppements. M. le professeur Estor voit le malade, le 27 décembre, et demande une radio. Le 3 janvier, une ponction au niveau du bord antérieur du deltoïde ramène du pus. On porte le diagnostic d'ostéomyélite de l'humérus droit.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Antécédents collatéraux : une sœur morte à 11 ans de méningite tuberculeuse.

Antécédents personnels : une bronchite. Depuis un an, l'enfant est porteur de nombreux furoncles, très volumineux. Une otite moyenne gauche datant de son plus jeune âge.

A l'examen, le bras et l'épaule droits sont le siège d'une tuméfaction importante, sans rougeur. On découvre à la palpation un empâtement de tout le 1/3 supérieur du bras. La tuméfaction est douloureuse, molle, diffuse, adhérente aux plans profonds et légèrement à la peau.

Les mouvements de l'épaule sont très douloureux.

Le 5 janvier, une prise de sang est faite et donne un Wassermann et un Besredka négatifs.

Le diagnostic porté est encore celui d'ostéomyélite de l'humérus.

Le 9 janvier, après anesthésie à l'éther, on fait une incision dans l'espace delto-pectoral. L'aponévrose incisée donne accès dans une poche remplie de pus fétide, conduisant sur une zone de l'humérus un peu dénudée.

Décollement jusqu'à la clavicule. Contre-incision. On modifie le diagnostic et l'on parle de périostite phlegmoneuse.

L'examen du pus montre quelques staphylocoques qui sont certainement des germes d'infection secondaire, et des bacilles à Gram négatif non identifiés. On fait un auto-vaccin.

La cuti-réaction à la tuberculine est fortement positive à la 36^e heure.

Le 15 janvier, apparaît un abcès à évolution froide au niveau du coude.

Une ponction permet de retirer du pus sanguinolent en trop faible quantité pour permettre l'homogénéisation.

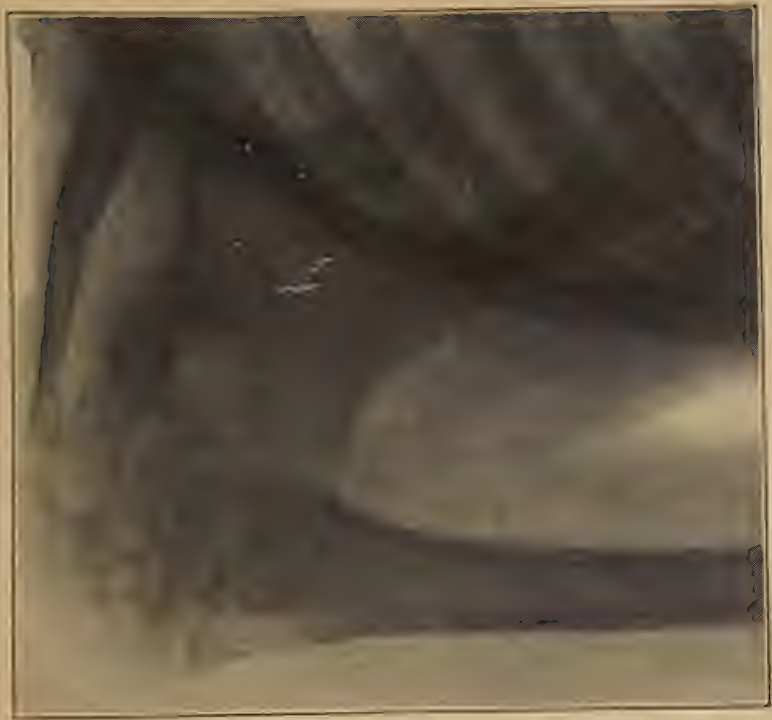
L'inoculation au cobaye est positive. Le 19 avril, on s'aperçoit d'une gibbosité dorsale (X^e dorsale) médian, avec déviation latérale.

Pas de phénomènes douloureux. On immobilise le malade dans un cadre de Berck.

15 août. — Une fistule antérieure sur le bras se tarite



Rt. 5. — Figure saine.



Orto-articula tuberculeuse de l'épaule droite.

Lésions de la tête et de la glène.

Des fistules axillaire et claviculaire continuent à suinter assez abondamment.

20 août. — Plâtré de Pott.

Immobilisation plâtrée épaule et coude, bras collé au corps, coude en demi-flexion. Fenêtres donnant du jour aux deux fistules.

22 août. — Nouveau point fistulisé à la pointe de l'acromion.

25 août. — Sort sur volonté formelle de sa mère.

5 septembre. — Rentre pour escarres au niveau de la gibbosité. Ces escarres disparaissent progressivement à la suite de pansements aseptiques.

29 novembre. — Les fistules humérales coulent peu abondamment.

Les radios montrent à cette époque au niveau de la tête humérale de la décalcification, mais les lésions osseuses sont peu profondes.

1^{er} décembre. — Grand plâtré du thorax prenant le bras droit avec fenêtre au niveau de l'articulation scapulo-humérale.

Le 18 décembre de nouvelles radios montrent des lésions osseuses très nettes au niveau de la tête humérale et de la glène.

Une série de corsets plâtrés sont appliqués jusqu'en mai 1925. La gibbosité est indolore. Pas de signe de compression. Les réflexes sont normaux.

La malade quitte le service le 20 mai 1925.

On ne saurait trouver d'observation plus typique. Tous les caractères que nous étudierons par la suite et qui appartiennent à ces formes à début aigu de tuberculose articulaire prennent ici un relief considérable.

Les symptômes de début ont une acuité telle que l'esprit clinique le plus averti se trouve dérouté.

Une leçon pratique très utile se dégage de cette observation. Elle nous enseigne la ligne de conduite à tenir dans ces cas difficiles afin d'éviter un diagnostic erroné et un acte opératoire pour le moins inutile, quelquefois nuisible.

Nous reviendrons d'ailleurs sur ces considérations d'ordre diagnostique et thérapeutique dans nos conclusions.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

§ 1^{er}. — Considérations cliniques générales

Au cours de l'évolution scientifique, une observation attentive des phénomènes nous permet de constater que toute affection nécessite un certain laps de temps pour être cataloguée comme entité morbide ; progressivement on voit cette affection qui se présente avec des caractères spécifiques offrir à un moment donné un symptôme prédominant, une allure particulière, une durée qui n'est pas habituelle et aussitôt se justifie un besoin de classification.

C'est ainsi que l'analyse clinique a fini par dissocier la maladie en ses éléments constitutifs pour en faire ensuite la synthèse, et c'est de cette dissociation qu'ont pris naissance des formes qui se trouvent déterminées par une série de facteurs étiologiques, pathogéniques ou thérapeutiques.

On comprend facilement tout l'intérêt scientifique que présente l'étude approfondie de chacune de ces formes,

car faire cette étude c'est faire une analyse minutieuse d'où émergeront les moindres différences de caractères, les nuances les plus délicates, la physionomie propre à chaque forme ; en un mot, c'est montrer que la maladie comme le malade est très complexe.

Le chapitre de la tuberculose ostéo-articulaire est très vaste et la forme à début aigu que nous étudions n'est qu'une petite partie de cette grande question de pathologie osseuse ; aussi, avant d'entreprendre l'étude de cette forme, il nous paraît utile de lui assigner une place dans le cadre nosographique de l'affection à laquelle elle appartient.

Pour rester sur le terrain clinique nous éliminerons les formes conditionnées par les différents germes ou les différentes lésions, et parmi les formes cliniques pures nous citerons (1) :

1° *Au point de vue étiologique* : A. T. suivant l'âge :

Les arthrites tuberculeuses des enfants, des adultes et des vieillards.

2° *Formes déterminées par un symptôme prédominant* :

a) Forme névralgique, simulant facilement l'ostéomyélite chronique secondaire ou d'emblée (forme de Gosselin).

b) Forme pseudo-hyarthrosique :

Les hyarthroses sans causes appréciables, comme les pleurésies, sont signature de tuberculose.

c) Forme pseudo-rhumatismale :

A son début, en effet, la T. A. peut simuler un rhumatisme aigu ou chronique (voir diagnostic différentiel).

d) Forme pseudo-syphilitique :

(1) Mauclore. — Différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses (Thèse Paris, 1893).

La syphilis tertiaire à la période des gommes ressemble beaucoup à certaines formes de T. A.

e) Forme pseudo-sarcomateuse.

f) Forme pseudo-ostéomyélique, qui se rattache à celle que nous étudions.

g) Forme pseudo-hémarthrosique, en rapport avec un état dyscrasique sanguin.

h) Formes hydatiformes :

Un grand nombre de ces formes nous les retrouverons à propos du diagnostic différentiel.

3° *Formes déterminées par la marche de l'affection :*

a) Variétés aiguës.

b) Variétés subaiguës et chroniques.

c) Enfin, on a décrit une autre forme appelée dérivative et qui se développe au cours d'une tuberculose pulmonaire. La lésion pulmonaire disparaît, tandis que la lésion articulaire s'installe.

Au sein de ces formes cliniques multiples, on voit la place infime qu'occupe notre sujet ; mais il se rattache néanmoins à elles du point de vue diagnostique, c'est pourquoi nous avons jugé nécessaire de les mentionner dès à présent.

§ 2. — **Etiologie.**

L'arthrite tuberculeuse à début aigu s'observe de préférence au cours de l'enfance, et, comme la tuberculose ostéo-articulaire en général, elle s'observe surtout, d'après les statistiques, entre 2 et 10 ans.

Elle ne paraît pas avoir une prédilection marquée

pour le sexe, peut-être est-elle un peu plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

Par contre, elle a une affinité toute spéciale pour certaines jointures de l'économie; c'est ainsi que la localisation au niveau de la hanche est de beaucoup la plus fréquente et les coxalgies à début aigu ne sont pas très rares. Nélaton regardait la tumeur blanche du genou comme la plus fréquente de toutes; cette proposition est vraie quand on considère tous les âges, elle ne l'est plus quand on se limite à l'enfance (Guillemain). Après la coxalgie vient donc la tumeur blanche du genou, puis par ordre de fréquence celle du tarse, du coude, de l'épaule, du poignet... C'est l'os le plus traumatisé physiologiquement et pathologiquement qui est le plus souvent atteint d'ostéo-tuberculose (Duplay et Reclus).

D'après Mauclair c'est aussi l'épiphyse la plus tardive dans son apparition et celle qui se soude la dernière, la plus vasculaire, la plus fertile par conséquent qui est le plus souvent lésée.

La forme aiguë, comme d'ailleurs toutes les formes d'arthrites tuberculeuses, est conditionnée par un ensemble de facteurs étiologiques qu'il est bon de rappeler brièvement.

Aux causes prédisposantes que nous avons signalées précédemment (âge, sexe, siège) il convient d'ajouter l'hérédité qui a une action évidente sur le développement de l'affection.

Parmi les causes déterminantes il faut retenir au premier plan l'action du traumatisme. Et cette action est compréhensible car à l'occasion d'un choc le sang épanché dans l'article apporte avec lui les germes infectieux de la tuberculose qui dès lors n'a plus qu'à se développer sur place et envahir les parties molles (Lagrange).

A côté de ces causes, il en est de générales qui ont une action sur l'organisme, telle, que les réactions de défense se trouvent amoindries vis-à-vis de certaines influences pathologiques. Le froid, l'humidité, la misère, le manque d'hygiène sont autant de causes générales qui débilitent l'organisme.

Il est des maladies, en particulier l'arthrite rhumatismale, qui constituent un terrain propice à l'éclosion d'une arthrite tuberculeuse. Enfin la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives et surtout la rougeole et la scarlatine peuvent favoriser l'évolution d'une arthrite tuberculeuse (1).

§ 3. — Symptomatologie

Quel est le tableau clinique classique habituel d'une arthrite tuberculeuse banale? En quelques lignes nous allons le retracer. Tout d'abord il existe une période prodromique pendant laquelle l'enfant qui est un chétif, un tuberculeux latent, se plaint d'une paresse vague, d'une certaine fatigabilité. Il accuse par intermittence une sensation de gêne mal définie au niveau de l'articulation malade; cette gêne persiste longtemps, puis progressivement, d'une façon lente, insidieuse, l'articulation change d'aspect, revêt une forme globuleuse sans aucun signe inflammatoire. Ce début silencieux, indolent, mène au bout d'un temps plus ou moins long à la période d'état où les signes d'arthrite fongueuse avec tuméfaction considérable, limitation des mouvements, attitudes

(1) Massabau, Guibal et Brémont. — Coxalgie au début. Luxat. pathologique complicat. d'une rougeole (Bull. Soc. des sc. médic. et biol. Montpellier, 1924-25).

vicieuses, formation d'abcès froids, fistulisation, viennent achever ce tableau clinique dont l'élément insidieux est la caractéristique.

A cette forme commune et bien connue de tuberculose articulaire nous opposons la forme bien moins connue à début brutal et à évolution rapide.

Dès le début, les symptômes peuvent ne pas présenter une acuité extrême ; c'est ainsi que l'on pourra se trouver en présence d'un enfant qui depuis quelques jours déjà se plaint d'une certaine gêne dans les mouvements de l'articulation malade, avec de petites crises douloureuses à exacerbation nocturne, et qui s'exagèrent à l'occasion de la marche ou des mouvements (Obs. II).

Quelquefois l'enfant n'accuse aucune douleur, mais il devient paresseux, il est de mauvaise humeur, refuse de mettre les pieds à terre ou de faire le moindre effort, il n'a plus d'entrain au jeu et se plaint de faiblesse dans les membres. L'absence de douleur tout à fait au début rassure le médecin de la famille qui néglige l'examen attentif du membre et rapporte cette gêne à la croissance, à une faiblesse passagère qui disparaîtra avec l'exercice, et naturellement l'exercice accroît le mal.

C'est donc en général après quelques jours de malaise qu'éclate l'arthrite avec son cortège de symptômes d'une intensité particulière.

Il peut arriver que cette courte période prodromique manque, alors c'est le plus souvent à la suite d'un traumatisme (Obs. I), d'une entorse, ou même sans causes appréciables, que l'enfant accuse brusquement dans l'articulation une violente douleur qui l'oblige rapidement à prendre le lit.

Les mouvements communiqués à l'articulation augmentent énormément la souffrance.

Les phénomènes généraux sont très intenses :

La fièvre peut s'élever dès le premier jour à 40° et osciller pendant plusieurs jours entre 38° le matin et 39° à 40° le soir.

L'appétit disparaît, l'enfant n'a plus aucune envie, il est abattu et présente quelquefois un état de tупhos si prononcé que la lésion articulaire peut passer inaperçue et simuler à s'y méprendre une maladie infectieuse aiguë telle que la fièvre typhoïde.

Le sommeil aussi disparaît, le délire s'installe et finit par déprimer le jeune malade.

Une maladie débutant avec des signes aussi bruyants et alarmants n'est pas faite pour rassurer le médecin qui est loin de soupçonner une arthrite tuberculeuse.

A l'examen local, il n'est pas rare de trouver d'une façon assez précoce de l'empâtement péri-articulaire, et dans ce cas on peut presque assurer qu'il se forme du pus, ou qu'il est déjà formé, surtout si cet empâtement coïncide avec des oscillations thermiques à grandes amplitudes (Obs. I et II).

Les méplats normaux de l'articulation sont effacés et soulevés par l'infiltration œdémateuse sous-jacente ; la tuméfaction est globuleuse, chaude, rouge et douloureuse ; les signes inflammatoires sont donc très souvent au complet. Le territoire lymphatique voisinant l'articulation est le siège d'une vive réaction et dès le début on peut constater un engorgement ganglionnaire assez considérable.

Il peut arriver que la collection purulente distende tellement la capsule articulaire, que celle-ci éclate ; ceci permettrait d'expliquer la disparition momentanée de la

douleur que l'on observe dans certains cas au niveau de la hanche.

Enfin on peut aussi, dès le début, assister à une luxation pathologique du membre, et cela est compréhensible étant donné l'importance des lésions articulaires.

Ce tableau aigu et dramatique du début ne saurait durer longtemps ; il est rare que l'enfant succombe au cours de cette période initiale, à moins qu'une infection secondaire ne vienne se greffer sur la première et aggraver alors le pronostic.

Le plus souvent, dès le début, le diagnostic est rarement possible, en tous cas très difficile, aussi l'institution d'une thérapeutique palliative et d'attente, l'extension continue, permet-elle une surveillance attentive de la marche des phénomènes.

Si la tuberculose est bien en cause, les signes généraux s'amendent, la température baisse, la douleur diminue progressivement et l'affection entre alors dans la période classique de l'arthrite tuberculeuse à évolution plus ou moins longue, avec abcès froids, fistules, attitudes vicieuses, lésions radiographiques caractéristiques d'une véritable tumeur blanche.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Les affections ostéo-articulaires, qui de par leur allure clinique simulent facilement l'arthrite tuberculeuse à début aigu, sont nombreuses. Mais, pour si nombreuses qu'elles soient, elles ne soulèvent pas toutes les mêmes difficultés de diagnostic. C'est en tenant compte de cette particularité que nous étudierons chacune d'elles en procédant par élimination et par ordre de difficulté décroissante.

Il est une affection osseuse, l'ostéomyélite, qui par sa fréquence chez les enfants, sa localisation sur certaines parties du squelette, son retentissement fréquent sur l'articulation voisine, son tableau clinique mouvementé, s'apparente étroitement avec la forme de tuberculose articulaire qui fait l'objet de notre étude.

Les rapports qui unissent ces deux affections sont si étroits, que des erreurs de diagnostic sont assez fréquemment commises et malheureusement trop souvent préjudiciables pour le malade.

Quand on est appelé à examiner un patient qui accuse de vives douleurs dans une jointure avec tous les signes inflammatoires, une température élevée, un état général mauvais, on songe bien rarement à la tuberculose, mais on envisage au contraire et d'emblée le diagnostic d'ostéomyélite. On est en effet trop accoutumé au tableau classique de l'arthrite tuberculeuse avec son début insidieux et indolent, son évolution lente vers la tumeur blanche. Il faut donc savoir que cette affection articulaire peut, dans certaines circonstances, s'annoncer brutalement et revêtir une allure ostéomyélique. Comment ferons-nous alors le diagnostic ? Cliniquement il est difficile ; l'observation II, relative à l'arthrite bacillaire de l'épaule, fut étiquetée ostéomyélite de l'humérus.

Cette erreur prouve bien la difficulté du diagnostic au début. Inversement il n'est pas rare de voir des ostéomyélites prises pour des arthrites bacillaires débutant brusquement. Nous avons pu relever une observation typique publiée par Gaudier dans l'Echo médical du Nord, où l'erreur fut faite, et que nous croyons utile de rapporter à la fin de cette étude pour mieux illustrer ce chapitre de diagnostic différentiel.

Une autre observation très intéressante aussi, où l'erreur du même genre subsista pendant longtemps, a trait à une ostéomyélite atténuée de l'extrémité supérieure du fémur qui fut prise pour une coxalgie aiguë (1).

Au point de vue clinique, l'analogie entre les deux affections est certainement frappante surtout en ce qui concerne la hanche où l'atteinte osseuse, fémorale ou coxale, donne d'emblée une réaction articulaire, de

(1) Massabuau, Guibal, Marican. — Un cas d'ostéomyélite atténuée de la hanche (Bull. Soc. d. sc. méd. biol. Montp., 1922-23).

même au niveau de l'épaule l'ostéomyélite de l'humérus.

Il faudra tout d'abord procéder à un interrogatoire qui fournira des éléments très utiles à l'aiguillage du diagnostic. On apprendra, par exemple, que depuis longtemps déjà le malade présentait un ensemble de signes généraux qui sont la signature d'une imprégnation bacillaire.

On notera de l'asthénie, de l'amaigrissement progressif, la perte de l'appétit, une pâleur des téguments coïncidant avec un certain degré de chloro-anémie, une transpiration nocturne exagérée, quelques petites poussées fébriles transitoires à l'occasion d'un effort, l'instabilité de l'humeur, surtout chez l'enfant qui ne présente plus cette turbulence juvénile, cet entrain au jeu. Ces signes réunis feront déjà soupçonner un processus bacillaire latent. La notion d'une hérédité tuberculeuse rendra ces soupçons encore plus légitimes.

Quand les renseignements manqueront, ce qui n'est pas rare, il faudra alors s'adresser à l'examen local.

Il faut d'abord savoir, qu'en général, le début est plus brusque dans l'ostéomyélite que dans l'arthrite bacillaire fébrile à évolution rapide.

L'élément essentiel de diagnostic clinique résidera dans la recherche minutieuse du siège des points douloureux osseux par rapport à l'articulation. La palpation au niveau des jointures facilement accessibles, telles que le genou, l'épaule, nous renseignera donc sur le siège du processus inflammatoire et nous permettra de conclure s'il y a de l'arthrite vraie ou seulement un retentissement plus ou moins important d'une lésion osseuse épiphysaire sur l'articulation. Nous connaissons les points douloureux électifs de l'ostéomyélite ; ils sont presque toujours juxta-épiphysaires ; si donc on arrive à bien loca-

liser le point où la douleur est exquise, « exécruciente », on pourra, suivant le siège de cette douleur, penser à une ostéite ou à une arthrite.

Il en va autrement au niveau de la hanche où l'articulation coxo-fémorale et l'extrémité supérieure du fémur sont difficilement accessibles à la palpation.

De plus à ce niveau l'ostéomyélite revêt une forme coxalgique décrite par Poncet et son élève Levêque et qui rend le diagnostic beaucoup plus difficile.

A ces données de topographie algique il faudra associer un autre élément important de diagnostic : c'est la recherche de l'empâtement péri-articulaire. Il est plus rapide à apparaître au cours d'une ostéomyélite, même légère, que dans une arthrite bacillaire.

Enfin reste la température qui est habituellement plus élevée dans l'ostéomyélite. Mais c'est là un caractère variable, car on a observé des cas où l'arthrite tuberculeuse réalisait une fièvre d'emblée très élevée.

L'état général antérieur sera un précieux élément de diagnostic ; il est généralement moins bon dans l'arthrite tuberculeuse que dans l'ostéomyélite.

En somme, on voit combien sont grandes les difficultés de diagnostic clinique ; aussi Broca disait-il dans ses leçons de clinique chirurgicale infantile : « En fait, il y a des cas d'arthrites aiguës et subaiguës où le diagnostic différentiel est presque impossible et où l'on ne peut conclure qu'après une observation prolongée de quelques jours dans les formes très aiguës, de plusieurs semaines dans les formes moins rapides ; on pourrait être autorisé dans de pareilles conditions à pratiquer avec prudence l'épreuve de la tuberculine qui donnerait là, dans une période apyrétique peut-être, de précieux renseignements. »

Un dernier élément de diagnostic clinique sera, comme le dit Broca, l'évolution de la maladie. Elle est longue dans l'ostéo-tuberculose et l'on assistera à l'apparition d'une série d'autres signes qui ne laisseront plus de doute.

Il faudra dans tous les cas et dès le début avoir recours au laboratoire qui viendra bien souvent utilement en aide à la clinique.

La cuti-réaction à la tuberculine et le Besredka pratiqué systématiquement apporteront déjà des éléments diagnostiques précieux.

Si l'articulation est le siège d'un épanchement il faudra sans tarder effectuer les examens bactériologiques qui révéleront la nature des germes en cause.

L'inoculation au cobaye sera pratiquée aussi toutes les fois que la quantité du liquide intra-articulaire sera suffisante. Cette dernière épreuve comporte cependant un inconvénient, car les résultats sont tardifs et le doute persiste longtemps avant d'avoir la réponse décisive.

Dominant toutes ces recherches et ces épreuves, il en est une capitale et qui dès le début pourra dans nombre de cas déceler la tuberculose ou l'ostéomyélite : c'est la radiographie.

D'après Bizolier les lésions que crée le bacille de Koch dans une articulation sont appréciables dès le début, à un moment où les autres signes peuvent ou manquer ou induire en erreur ; le flou de la zone claire interarticulaire et la déminéralisation de l'os du côté malade sont des signes précoces qui permettent de conclure en faveur de la tuberculose.

Dans l'ostéomyélite, les signes radiologiques sont plus tardifs et se traduisent par un travail de condensa-

tion osseuse, entraînant même des hyperostoses au niveau de l'épiphyse malade.

En effet, le processus ostéomyélitique a une action irritante sur l'activité du cartilage dia-épiphysaire qui entraîne une prolifération osseuse en même temps qu'un allongement de l'os surtout marqué au niveau de la hanche où les déformations en coxa-valga consécutives à ces manifestations ne sont pas rares.

OBSERVATION

(Gautier. — *Echo médical du Nord*, 1905)

Ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur prise pour une coxalgie aiguë

Le nommé F..., 14 ans, entre à la clinique chirurgicale infantile de l'hôpital Saint-Sauveur à Lille, le 2 février 1904, pour une affection de la hanche droite. Comme antécédents héréditaires, on note que le père est encore vivant, la mère étant morte après la naissance d'un enfant, le cinquième, et probablement de tuberculose pulmonaire aiguë. « Sur cinq enfants, trois sont morts en bas âge de méningite », dit le père ; les deux survivants sont une fille qui ne présente pas de passé pathologique, et notre petit malade qui n'a jamais jusque-là fait de maladie grave. L'histoire de l'affection qui l'amène à l'hôpital est la suivante : L'enfant a commencé à boiter à la fin de décembre 1903, mais cela ne l'a pas empêché de marcher et de continuer à aller en classe jusqu'au 17 janvier 1904. A partir de ce moment, il fut forcé de garder la chambre car la boiterie devenait plus douloureuse et le 2 février il entra à l'hôpital.

L'enfant étant couché, on constate qu'il présente à droite de la flexion de la cuisse avec abduction et rotation externe. Le bassin est entraîné dans le mouvement que l'on imprime à la cuisse ; il y a de l'ensellure, l'abduction complète est impossible. Cette explo-

ration est très douloureuse et le malade se plaint continuellement. Il est difficile chez lui de fixer un point particulièrement douloureux, tout au plus peut-on affirmer que le bassin ne l'est pas, mais la pression sur le grand trochanter ou au niveau de la tête fémorale arrache des cris à l'enfant. La peau de la région de la hanche est intacte, on ne perçoit pas d'augmentation de volume du corps de l'os, mais il paraît exister un peu d'empâtement profond, particulièrement au niveau de la face interne de la cuisse.

A l'examen général, on constate que l'enfant n'est pas très brillant ; c'est un grand garçon, maigre avec des adénopathies multiples, cervicales, inguinales des deux côtés. Il fait de la fièvre depuis quelques jours et il a de la perte de l'appétit, la température est de 38° le matin, 38°9 le soir. Il ne tousse pas et la poitrine est intacte, mais il ne présente pas d'aspect typhique et la langue est sale et sans caractère spécial, autre que celui caractéristique d'un état saburral assez prononcé. L'enfant va à la selle ; ses urines ne renferment pas d'albumine.

Réexaminé le lendemain, il ne présente aucun caractère nouveau, les douleurs sont toujours bien localisées au voisinage de la partie moyenne de l'arcade crurale sur la tête fémorale, exaspérées par la pression en ce point et sur le grand trochanter. Les mouvements de la cuisse sont d'ailleurs presque impossibles. La température est de 38°1 le matin. Nous donnons à l'enfant quelques bouffées de chloroforme pour permettre un examen définitif et réduire l'attitude vicieuse ; cette réduction se fait d'ailleurs très aisément, dès que la résolution musculaire est obtenue. A l'examen on constate alors que les mouvements se font presque facilement, mais il existe un peu d'empâtement à la face interne du col fémoral ; il n'y a rien dans la fosse iliaque ni au niveau du psoas, la colonne vertébrale est intacte ; l'enfant ne présente pas de plaie au niveau du membre inférieur droit. Nous pensons à la coxalgie plutôt qu'à l'ostéomyélite en raison de la rareté de cette dernière au niveau du col fémoral, et nous estimons qu'il s'agit peut-être là d'une de ces coxalgies avec fièvre à marche en général assez rapide et dont nous avons eu plusieurs exemples dans nos salles. Le petit malade est remis dans son lit et l'on institue l'extension continue. Celle-ci paraît calmer les douleurs pendant quelques jours, exactement jusqu'au 7 février, mais la température est toujours élevée

étant même augmentée, 39°2 le soir, sans que l'état général en soit plus mauvais. Il n'y a pas d'adynamie. En examinant la hanche le 8, on constate que l'empatement a augmenté et qu'il tend à gagner du côté du corps de l'os. La pression sur le corps fémoral est très douloureuse et le grand trochanter paraît augmenté de volume. Devant ces symptômes nouveaux, nous ne pensons plus à la coxalgie, affirmons l'ostéomyélite du col fémoral et décidons l'intervention d'urgence ; celle-ci est faite le 10 février ; une grande incision externe au-devant du grand trochanter conduit facilement sur le col fémoral entouré de tissus œdémateux. Il existe une poche purulente sous-périostique, qui entoure l'os en avant et en dedans et qui contient du pus mal lié. La capsule articulaire est distendue, elle est ouverte et il s'en écoule un liquide louche mais non franchement purulent. Le col est attaqué à la gouge et au maillet tout près du grand trochanter ; il contient du pus ; on l'évite immédiatement en enlevant toute sa face antérieure à l'aide de la grosse pince gouge, il est ensuite cureté avec soin. Au cours de l'évidement on est amené à ouvrir un foyer grand trochantérien, l'os est en ce point absolument ramolli, purulent et on n'en laisse que la moitié postérieure ; la diaphyse fémorale paraît intacte ; l'opération terminée il ne reste du trochanter et du col qu'une gouttière postérieure, la tête fémorale paraît saine.

Les suites opératoires furent relativement simples et, en deux mois, tout était cicatrisé, cicatrices déprimées mais très solides. Un fait particulier dans la marche de la maladie, c'est que plus de trois semaines après l'intervention l'enfant continua à faire 38° le matin et 39°2 le soir, et ce n'est qu'au bout de deux mois qu'il revint à la normale. Après cicatrisation on fut forcé de le rendormir car il avait pris des attitudes vicieuses ; pendant l'anesthésie, on réduisit ces attitudes et on appliqua un appareil plâtré, mais il fut constaté alors que les mouvements de l'articulation de la hanche étaient très limités et qu'ils se faisaient avec de gros craquements. Après un mois et demi d'appareil, l'enfant put réapprendre à marcher, il ne présente pas de raccourcissement ni d'allongement du membre droit, mais il a de l'ankylose de la hanche.

Une autre affection peut dans certaines circonstances faire errer le diagnostic. C'est le rhumatisme articulaire

aigu qui simule fréquemment une arthrite tuberculeuse aiguë. Il n'y a rien d'étonnant à cela puisque dans les deux cas il s'agit d'une inflammation aiguë de l'article. Le plus souvent, dans le rhumatisme articulaire aigu, la poussée fluxionnaire est poly-articulaire et peut aussi se faire dans un grand nombre d'autres séreuses. On tiendra compte ici de l'état général antérieur qui est plutôt florissant dans le rhumatisme. Les phénomènes généraux ont d'ailleurs un caractère assez différent, en particulier la sudation intense. Enfin l'épreuve du salicylate de soude aura vite fait de fixer les idées.

Mais, parallèlement à cette affection bien individualisée, le rhumatisme articulaire aigu ou maladie de Bouillaud que jugule le salicylate de soude, il existe d'autres manifestations articulaires, survenant chez des tuberculeux avérés ou en imminence morbide et qu'on a désignées avec Poncet sous le terme de « rhumatisme tuberculeux ». Cette affection, dont la pathogénie demeure encore assez obscure, semble avoir pris naissance au cours du démembrement progressif de l'ancien terme rhumatisme.

On désignait en effet ainsi une foule de lésions à détermination articulaire, et caractérisées par leurs tendances fluxionnaires.

Depuis la pathologie bactérienne, on a constaté qu'un grand nombre de ces lésions dites rhumatismales n'avaient aucun rapport avec le vrai rhumatisme articulaire aigu.

Ces rhumatismes ont été étudiés sous l'influence de Bouchard, et on les a désignés sous le nom de pseudo-rhumatismes infectieux, puerpéral, blennorragique, au lieu de rhumatisme puerpéral, blennorragique, etc...

Actuellement, d'après Broca, on ne doit plus dire ni l'un ni l'autre, mais bien arthrites, synovites, puerpérales, blennorragiques, etc... Cependant on dit encore rhumatisme tuberculeux : peut-être qu'un jour cette affection rentrera elle aussi dans le cadre général des arthrites tuberculeuses.

Broca disait à propos de cette question si controversée de la tuberculose inflammatoire : « Dans le rhumatisme articulaire ainsi élagué par Poncet, il est probable que rectifiant, grâce au laboratoire progressivement perfectionné, certaines erreurs de diagnostic, on individualisera encore quelques formes d'arthrites tuberculeuses. »

Quoi qu'il en soit, le rhumatisme tuberculeux aigu est très délicat à diagnostiquer et à différencier d'une arthrite bacillaire aiguë.

Voici une observation (1) qui montre l'analogie des deux affections et comment l'une aboutit souvent à l'autre :

« Un jeune homme de 15 ans est pris subitement en pension de douleurs articulaires aiguës siégeant dans les deux hanches, le genou gauche et la cheville droite. La température est élevée, l'état général grave, les sueurs profuses, les douleurs atroces. On pense à un rhumatisme articulaire aigu. Le traitement ordinaire énergiquement institué (salicylate de soude, antipyrine) ne donne aucun résultat. Au bout de 15 jours, brusquement disparaissent les douleurs de la hanche gauche, du genou gauche et de la cheville droite. La tuméfaction et la distension de ces articulations s'effacent. Mais la hanche droite devient le siège d'un empâtement énorme qui la déforme en gigot et subitement une luxation iliaque se produit.

(1) Les neuf agrégés. — Traité de pathologie externe.

» Je vois alors le malade : il présente une coxalgie typique que seule une traction énergique soulage ; il se forme une série d'abcès arthritiques que je ponctionne à plusieurs reprises

» Au bout de 2 ans il était en bonne voie de guérison de sa coxalgie droite lorsqu'il se produit une poussée aiguë multi-articulaire bientôt suivie d'une véritable coxalgie gauche et d'un abcès froid de l'épiphyse supérieure du tibia gauche. »

Cette observation montre l'intrication qui existe entre cette maladie articulaire à allure rhumatismale et l'arthrite bacillaire aiguë. Le diagnostic présente une importance minime puisque bien des arthrites tuberculeuses aiguës débutent ainsi et que très probablement ce sont là deux modalités presque semblables d'une même affection, la tuberculose articulaire.

Une autre variété de tuberculose articulaire assimilable à la précédente est la granulie articulaire. Mais ici la poussée fluxionnaire n'est qu'une localisation sur la jointure d'une infection granulique générale. La connaissance d'une tuberculose pulmonaire ou autre, antérieure, le mauvais état général, la rapidité et la multiplicité de ces explosions articulaires, sont à la base du diagnostic qui pourra être fait dans quelques cas seulement au cours d'une autopsie.

Nous ne citerons que pour mémoire une des classiques observations de Laveran répondant exactement au tableau de la granulie articulaire.

« Un sujet de 22 ans entre au Val-de-Grâce pour un rhumatisme subaigu dont il souffre depuis 6 jours. Dès le lendemain la fièvre éclate, s'accompagne de symptômes thoraciques qui font porter le diagnostic de tuberculose aiguë. A l'autopsie : granulations tubercu-

leuses très abondantes sur la synoviale du genou droit, rien dans le genou gauche. »

D'autres observations analogues ont été publiées par Powel (1) et Poulet.

L'arthrite blennorragique peut aussi simuler l'arthrite tuberculeuse aiguë. Son début est aussi brutal. Mais en général les sujets qui en sont atteints sont vigoureux, sans tare. D'ailleurs la connaissance des antécédents vénériens, et parfois même l'examen de l'urètre, plus concluant chez l'homme il est vrai que chez la femme, suffira à lever le doute. On aura toujours recours, si la chose est possible, à un examen bactériologique du liquide intra-articulaire qui donnera dans beaucoup de cas une réponse décisive.

L'arthrite syphilitique (2) se distinguera facilement de l'arthrite tuberculeuse. En général, le système musculaire conserve son intégrité. Les lésions sont plutôt péri-articulaires. Il s'agit bien plutôt d'une arthropathie que d'une arthrite vraie.

Le squelette reste souvent indemne et ce sont les enveloppes synoviales péri-articulaires qui sont le siège de dépôts plastiques. Quelquefois on pourra noter de l'hypertrophie osseuse, ce qui est excessivement rare dans la tuberculose.

Enfin, le Wassermann et le traitement d'épreuve résoudront ici facilement le problème.

On éliminera non moins facilement l'ostéo-sarcome. L'articulation dans ce cas reste libre. La tuméfaction est localisée sur un seul os, et n'a pas de caractère diffus. Le signe de la crépitation parcheminée associé

(1) Powel. — Pseudo-rhumatisme tuberculeux (Thèse Paris, 1874).

(2) Les neuf agrégés. Tome I.

aux données radiographiques assez caractéristiques permettront d'écarter complètement ce diagnostic.

Les arthralgies (1) et les arthrites aiguës ou subaiguës des maladies infectieuses seront distinguées par leur apparition précoce après l'affection causale et leur évolution plus rapide.

Les ostéo-arthrites consécutives à une fièvre typhoïde, qui sont avec les arthrites post-grippales les plus fréquentes, seront éliminées.

Le malade atteint d'ostéo-arthrite est un typhique en convalescence ou à une époque peu éloignée de la convalescence. Les lésions sont plutôt diaphysaires, superficielles, limitées au périoste. Les signes généraux sont peu intenses. Les malades guérissent presque toujours spontanément sans nécrose ni suppuration (Chambas).

Enfin, nous ne ferons que signaler les arthrites de nature hydatique ou actinomycosique, d'observation très rare.

Quant aux arthropathies hystériques on y songera en présence d'un début très brutal, mettant la jointure en attitude vicieuse d'emblée, s'accompagnant de douleurs superficielles, une sorte d'hyperesthésie cutanée. Le diagnostic se fait d'ailleurs sous anesthésie.

(1) Les neuf agrégés. Tome I.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Nous ne croyons pas utile de nous étendre longuement sur la question thérapeutique. La forme à début aigu que nous étudions est justiciable du traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses en général.

Il faudra comme d'habitude s'adresser à l'état général et à l'état local; instituer le traitement médical classique pour relever les forces et exciter les défenses organiques, et le traitement local qui comprendra, suivant les cas : l'extension continue, l'immobilisation en bonne position dans un appareil plâtré, les ponctions d'abcès faites avec toutes les précautions d'usage.

Mais nous devons insister sur un point très important : étant donné le début bruyant et fébrile de l'affection, il ne faudra pas se hâter de conclure à une ostéomyélite et intervenir d'une façon intempestive. Le résultat serait déplorable.

Ce sont ces cas troublants qui « éveillent le doute sans endormir les craintes » et qui faisaient dire à Poncet dans la thèse de son élève Desportes : « Il ne faut pas hésiter; il faut savoir faire une erreur de diagnostic et instituer le traitement de la coxalgie tuberculeuse. »

CONCLUSIONS

Les arthrites tuberculeuses à début aigu sont rares ; on peut les rencontrer à tous les âges, mais elles sont d'observation plus courante chez l'enfant et l'adolescent.

Si la hanche paraît être le lieu d'élection, il faut savoir que les autres articulations et en particulier le genou et l'épaule peuvent aussi être le siège de ce processus tuberculeux aigu.

L'épisode aigu du début se présente sous un aspect assez variable : tantôt c'est un début brutal après un traumatisme avec la gamme complète des signes inflammatoires aigus ; tantôt une période prémonitoire d'une durée de quelques jours annonce l'éclosion de la maladie ; enfin l'arthrite, au lieu d'être comme d'habitude mono-articulaire, peut éclater sur plusieurs jointures à la fois, ou bien successivement, revêtant alors une allure rhumatismale aiguë ou une forme granulique disséminée.

Quelles que soient la modalité et l'acuité des phénomènes initiaux, l'arthrite évolue plus ou moins rapidement et dans la plupart des cas vers la classique tumeur blanche avec attitudes vicieuses du membre, abcès froids, fistules, ankyloses.

Le diagnostic de cette forme aiguë de la tuberculose articulaire devra être fait d'une façon précoce.

Il faudra d'abord la distinguer d'une ostéomyélite. Nous avons montré les difficultés que comportait ce diagnostic, nous insistons ici particulièrement sur les conséquences désastreuses d'une confusion entre ces deux affections.

Le problème est difficile et le médecin qui doit le résoudre assume une responsabilité très grande, aussi Broca disait-il à ce sujet :

« L'inconvénient serait grand à déclarer aux parents que la tuberculose n'est pas en jeu, à leur faire prévoir une guérison rapide alors qu'il y en a pour des mois et des années, à laisser s'aggraver faute de soins une ostéo-arthrite pour laquelle la précocité du traitement est la condition principale du succès. Et, d'autre part, votre réputation périliterait si vous annoncez une grave et chronique coxo-tuberculose et si au bout de quelques semaines tout est rentré dans l'ordre. Aussi dans les cas de ce genre la sagesse consiste-t-elle à savoir hésiter et à diriger le traitement en conséquence. »

D'autre part nous avons montré comment on pouvait éliminer les autres affections ostéo-articulaires susceptibles de simuler une arthrite tuberculeuse aiguë.

Il résulte de cette étude une leçon pratique intéressante, relative aux moyens d'investigations nécessaires pour asseoir le diagnostic.

Nous connaissons les renseignements que peut nous fournir la clinique pure et nous concluons qu'à elle seule elle est impuissante à débrouiller certaines affections osseuses. A l'heure actuelle, dans la pratique journalière, nul n'a le droit de se passer du secours indispensable de la radiographie et du laboratoire.

Il faudra systématiquement, et dans tous les cas d'affections ostéo-articulaires, faire un examen complet qui comprendra, en plus d'un interrogatoire serré et d'un examen clinique détaillé, une série de recherches telles que la réaction de Wassermann et de Hecht-Bauer ; la réaction de Besredka, la cuti-réaction à la tuberculine, quelquefois même l'intradermo-réaction.

Les examens bactériologiques habituels seront aussi effectués : pus, cultures, inoculation au cobaye.

L'examen radiographique viendra utilement compléter ces recherches et devra toujours s'adresser au membre sain et au membre malade. Chacun de ces éléments pris isolément n'a pas une valeur considérable, mais leur groupement constitue une indication diagnostique de la plus grande importance qui, dans nombre de cas, fera éviter des erreurs très regrettables.

Il faudrait que toutes ces recherches soient pratiquées couramment, d'une façon quasi automatique et non pas seulement dans les cas difficiles et douteux.

C'est à elles que nous devons ce chapitre encore assez obscur relatif au diagnostic précoce de ces formes à début aigu de tuberculose articulaire.

C'est encore grâce à elles qu'un certain nombre de chapitres de pathologie osseuse restés nébuleux pourront s'ouvrir et s'éclairer d'une lumière nouvelle. Nous avons assisté à l'élague de la question importante des rhumatismes, de celle des fausses coxalgies ; d'autres affections subiront peut-être le même sort et bénéficieront des bienfaits du laboratoire.

BIBLIOGRAPHIE

- BERKHEISER (E.-J.). — Diagnosis of tuberculosis of the bones and joints (Bull. Chicago Municip. Tuberculosis Sanitary, 1925, v. no. 1 8-11).
- BIZOLIER (Robert-Eug.-Constant). — Le diagnostic de la coxalgie au début par la radiographie (Thèse Bordeaux, 1909, n° 47).
- BRESSOT (E.). — Coxalgies et pseudo-coxalgies (Paris médical, 1923).
- BROCA (Aug.). — Tuberculose inflammatoire (Lettres au professeur Poncet, de Lyon. — Extrait de la Tribune médicale, 22 août 1908).
- Arthrites aiguës et ostéomyélites de la hanche (Extrait de la Revue d'orthopédie, 1902).
 - Diagnostic clinique précoce des ostéo-arthrites tuberculeuses (Revue générale de clinique et de thérapeutique. Paris, 1922).
 - La radiographie et le diagnostic précoce des ostéo-arthrites tuberculeuses (Rev. générale de clin. et de therap. Paris, 1922).
 - Leçons de clinique chirurgicale infantile.
- CHARRIER. — De la coxalgie à marche rapide (Paris, 1877).
- CIACCIA (S.). — Sul valore delle reazioni biologiche ed immunitarie nella diagnosi di gonilite tubercolare (Arch. di ortop. Milano, 1926).
- CHAMBAS (Gustave). — Contribution à l'étude des coxalgies aiguës (Thèse Paris, 1919-20, n° 4).

- CHAUVEAU (Marcelle). — Contribution à l'étude des ostéites tuberculeuses juxta-coxales, d'après 20 observations recueillies à l'hôpital maritime de Berck (Thèse Paris, 1922, n° 157).
- CUBERTAFOU (Henri). — Des arthrites tuberculeuses à forme rhumatismale (Thèse Paris, 1903, n° 3).
- DALAYRAC (Charles). — Quelques considérations sur l'examen clinique de la coxalgie au début (Thèse Paris, 1909-10, n° 343).
- DESPORTES (P.). — Pseudo-coxalgie. Coxalgie de croissance (Thèse Lyon, 1898-99, n° 117).
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, tome III.
- ETIENNE (Charles-Adolphe). — Les arthrites aiguës de la hanche (Thèse Nancy, 1908, n° 3).
- FORGUE (E.). — Précis de pathologie externe.
- FROELICH. — Les arthrites aiguës des nourrissons. Leurs conséquences éloignées, avec 7 radios (Paris médical, 1925).
- GANGOLPHE. — Arthrites tuberculeuses.
- GAUDIER. — Echo médical du Nord, 1905, p. 375.
- GENÉVRIER. — Bulletin de la Société de Pédiatrie. Paris (Séance du 19 mai 1908).
- GUILBERT. — Thèse Lille, 1901-02, n° 37.
- GUILLEMAIN. — Etude de l'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou chez l'enfant (Thèse Paris, 1893).
- HUTAN (Eug.). — Arthrites aiguës des nouveau-nés (Paris, 1905, n° 135).
- KIRMISSON. — Traité de chirurgie.
— Rapport Société de chirurgie de Paris, 15 mars 1895, p. 195.
- KÖNIG. — Berl. kl. Woch., 1900, n° 3, p. 18.
- LABBÉ (L.). — De la coxalgie (Thèse de concours. Paris, 1863).
- LANNELONGUE. — Bulletin médical, 1894, p. 953.
- LAUTIER. — Ostéo-arthrite. Ostéomyélite (Thèse Paris, 1891).
- LEVÊQUE (O.). — Coxalgie ostéomyélique supprimée d'origine fémorale (Thèse Lyon, 1894-95).
- MARTIRENÉ (José). — Réflexions sur quelques cas d'arthrites aiguës des enfants (Thèse Paris, 1898, n° 385).
- MASSABUAU, GUIBAL et MARICAN. — A propos des pseudo-coxalgies. Un cas d'ostéomyélite atténuée de la hanche (Bulletin Soc. d. sc. médic. et biol. Montp., 1922-23).

- MASSABUAU, MILHAUD et GUIBAL. — Ostéomyélite chronique et tuberculose ostéo-articulaire. Considérations cliniques et radiographiques (*Ibid.*, 1922-23, p. 133).
- MASSABUAU, GUIBAL et BRÉMOND. — Coxalgie au début. Luxation pathologique de la hanche malade survenant comme complication d'une rougeole intercurrente (Bull. Soc. d. sc. méd. et biol. Montp., 1924-25).
- MAUCLAIRE. — Différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses (Thèse Paris, 1893).
- MORDANT (A.). — Des ostéites trochantériennes et de leur rapport avec la coxalgie (Thèse Lyon, 1898-99, n° 56).
- NOVÉ-JOSSERAND. — Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1902, p. 37.
- PERDU (Christian). — Essai sur le diagnostic précoce de la coxalgie (Thèse Paris, 1923, n° 6).
- RÉGOLI. — La diagnosi clinica precoce dell'osteo-artrite tuberculare del ginocchio (Gazz. dell'osped. Milano, 1924).
- SAKOWITCH (Militza). — Notes cliniques et radiographiques sur la tuberculose de l'épaule chez l'enfant (Thèse Paris, 1923, n° 161).
- SOURDAT (Paul). — Etude radiographique de la hanche coxalgique, en particulier chez l'enfant (Thèse Paris, 1909, n° 337).
- SZCZVINSKA (Wanda). — Rhumatisme tuberculeux chez un enfant de 4 ans (Bull. Société de Pédiatrie de Paris, 1923).
- THOUVENIN (R.). — Diagnostic clinique et radiographique précoce de la coxalgie (Gaz. des Hôpitaux. Paris, 1922).
- VIGNARD. — Arthrites tuberculeuses.
- VULLIET (H.). — Contribution à l'étude des pseudo-coxalgies, ostéomyélites et ostéites de croissance du petit trochanter (Revue d'Orthop. Paris, 1925).
- WHORLOW (C.-E.). — The radiographic appearances of pseudo-coxalgia.
- LES NEUF AGRÉGÉS. — Traité de pathologie externe.
-

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Le début aigu dans la tuberculose
articulaire,

par Louis Panero.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 21 octobre 1927.

Le Président,

MASSABUAU.

Vu :

Montpellier, le 21 octobre 1927.

Le Doyen,

EUZIÈRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 22 octobre 1927.

Pour le Recteur,

Le Doyen délégué,

J. VIANEY.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MONTPELLIER. — IMPRIMERIE « L'ABEILLE », 14, AVENUE DE TOULOUSE
